様式第４号

療 育 手 帳 再 判 定 申 請 書

宮 崎 県 知 事　殿

年　　月　　日

申請者名（署名）

本人との関係（　　）

療育手帳の再判定を受けたいので、次により申請します。（太枠内を記入）

本人	ﾌﾘｶﾞﾅ			生　年　月　日	
	氏名	姓	名	年　　月　　日	歳
	住所	〒□□□－□□□□　電話（　　）　－ （市・町・村）			
	個人番号				
保護者	ﾌﾘｶﾞﾅ			続　柄	
	氏名	姓	名		
	住所	〒□□□－□□□□　電話（　　）　－ （市・町・村）			
手帳番号		中央・都城・延岡・宮崎県　　第　　号			
交付日		年　　月　　日	前回判定日	年　　月　　日	

※市町村記入欄　手帳の記載事項の変更の有無　→　□有（下記を記入）　□無			
本　人	□　氏名　□　住所　□　その他（　　）		
保護者	□　氏名　□　住所　□　その他（　　）		
新：　　市・町・村		旧：　　市・町・村	

※申請者名は、再判定を受けようとされる本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

※管轄市町村→旧管轄市町村（住所変更有の場合）→センター進達

管轄市町村受付印	旧管轄市町村受付印	判定機関受付印